

Certificato di idoneità per attività sportive agonistiche a elevato impegno cardio-vascolare: richiesta di visita medico-sportiva

La società sportiva PCS SANMICHELESE SSD ARL

Via DEL CIMITERO 50

e-mail segreteria@sanmichelese.it

CHIEDE

▶ la visita medico-sportiva per l'atleta

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

Stato di nascita | codice fiscale

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

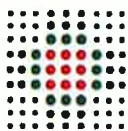
telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

▶ per l'attività sportiva indicata

barrare UNA casella

	Disciplina sportiva	Prestazioni da prenotare	Codice di prenotazione
<input type="checkbox"/>	Atletica leggera, Calcio, Ciclismo, Nuoto, Pallacanestro, Pallavolo, Tennis. Altri sport di squadra: Baseball, Beach volley, Canottaggio, Danza sportiva, Ginnastica, Ginnastica ritmica, Handball, Hockey (su pista, su prato e/o indoor, in linea, su ghiaccio), Mini baseball, Pallanuoto, Pentathlon, Rugby, Softball, Vela, Altri sport individuali: Aikido, Arbitri (qualsiasi disciplina), Bocce (prove veloci), Canoa canadese, Judo, Ju-jitsu, Karate, Kayak, Kung-fu, Lotta grecoromana, Motociclismo (enduro, motocross, trial), Nuoto pinnato, Nuoto salvamento, Nuoto sincronizzato, Scherma, Skateboard, Skiro, Sollevamento pesi, Sport Equestri (attacchi, equitazione – cavalli, equitazione – pony, polo, voltaggio), Tennis Tavolo, Triathlon, Wushu, Wushu kung-fu taolu.	Visita medico-sportiva Tab. B1	MS00009
<input type="checkbox"/>	Biathlon, Pentathlon moderno.	Visita medico-sportiva Tab. B2 Esame audiometrico tonale Visita otorinolaringoiatrica	MS00010 OT00006 OT00001



	Disciplina sportiva	Prestazioni da prenotare	Codice di prenotazione
<input type="checkbox"/>	Pugilato – Wushu sanda full contact	Visita medico-sportiva Tab. B3 Elettroencefalogramma (prima visita) Visita neurologica Esame audiometrico tonale Visita otorinolaringoiatrica Visita oculistica	MS00011 NR00011 NR00001 OT00006 OT00001 OC00001
<input type="checkbox"/>	Sci alpino discesa libera, Sci combinata salto speciale	Visita medico-sportiva Tab. B4 Visita neurologica Elettroencefalogramma (prima visita)	MS00012 NR00001 NR00011
<input type="checkbox"/>	Slalom gigante e speciale	Visita medico-sportiva Tab. B5 Visita neurologica	MS00013 NR00001
<input type="checkbox"/>	Sport subacquei (apnea, immersione didattica, orientamento, sub con respiratore)	Visita medico-sportiva Tab. B6 Visita otorinolaringoiatrica	MS00014 OT00001

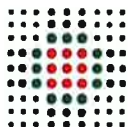
data

| firma e timbro della società sportiva

PCS SANMICHELESE SASSUOLO SSD A RL
Via del Cimitero, 50 - 41049 SAN MICHELE DI SASSUOLO (MO)
Tel. 0536 852111 - Fax 0536 829589 - Cell. 348 5737647
Email: segreteria@sanmichelese.it
Cod. Fisc. 93000770367 - P.IVA 01716520364
Matricola F I C n° 63055 - SDI: W4KYJRV

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo www.ausl.mo.it/informativaprivacy



INFORMAZIONI IMPORTANTI

Come prenotare visite ed esami

I genitori degli atleti minorenni e gli atleti di età inferiore ai 40 anni possono prenotare in 2 modi:

- per telefono, al numero 800 239123
- di persona, ai punti unici di prenotazione e assistenza di base dell'Azienda USL e nelle farmacie di Modena e provincia.

Gli atleti di età superiore ai 40 anni e gli atleti con disabilità possono prenotare in 3 modi:

- per telefono, ai numeri 059 2134280 (atleti di età superiore ai 40 anni) o 059 2134288 (atleti con disabilità)
- per fax, al numero 059 3963748
- per posta elettronica, agli indirizzi visitasportiva@ausl.mo.it (atleti di età superiore ai 40 anni) o disabilimспорт@ausl.mo.it (atleti con disabilità).

Atleti minorenni

Il minore deve essere sempre accompagnato alla visita medico sportiva da un genitore o da un'altra persona delegata.

Cosa portare al momento della visita

Deve portare i referti delle visite e degli esami richiesti (compreso l'esame delle urine).

Per l'esame delle urine, l'atleta deve seguire le indicazioni presenti nel foglio timbrato che ha ricevuto dalla società sportiva insieme alla richiesta della visita o leggere la pagina internet

www.ausl.mo.it/dsp/urinesport

Tariffe

La visita medica per l'idoneità sportiva ha un costo, stabilito dalla Regione Emilia Romagna, che si differenzia in base all'età degli atleti:

- 45 euro, per gli atleti dai 18 ai 40 anni
- 60 euro, per gli atleti con più di 40 anni.

La visita è gratuita per gli atleti minorenni o con disabilità.

Dove e come pagare

- alle casse automatiche (riscuotitrici) dell'Azienda USL, in contanti, con bancomat e, in alcuni casi, anche con carta di credito: è necessario usare il modulo di prenotazione
- agli sportelli cassa dell'Azienda USL, in contanti, con bancomat o carta di credito: è necessario presentare il modulo di prenotazione
- nelle farmacie di Modena e provincia
- nelle filiali Intesa Sanpaolo, senza commissione bancaria: è necessario presentare il modulo di prenotazione
- tramite l'Home Banking della sua banca con il servizio "CBILL"
- ai punti di prenotazione nei reparti Salute di ipermercati e supermercati Coop
- online all'indirizzo www.pagonlinesanita.it

ESAME CHIMICO FISICO DELLE URINE

N.B.: PROCURARSI IL CONTENITORE IDONEO PER LA RACCOLTA DEL MATERIALE BIOLOGICO: BARATTOLO STERILE TAPPO GIALLO CON ESTRATTORE E PROVETTA TAPPO BIANCO FONDO TONDO



Barattolo sterile tappo giallo



Provetta tappo bianco

Preparazione: raccogliere il campione dopo il riposo notturno evitando attività fisica intensa e rapporti sessuali nella giornata precedente. Non raccogliere le urine durante il ciclo mestruale.

Raccolta: dopo avere lavato accuratamente le mani e i genitali esterni (con abbondante risciacquo), svitare il tappo in senso antiorario cercando di non toccare le superfici interne del contenitore e del coperchio. Scartare il primo getto di urina e raccogliere il successivo nel barattolo (riempire il contenitore di non più di 3/4 della sua capacità), richiudere e miscelare il campione prima del trasferimento in provetta. Sollevare parzialmente l'etichetta adesiva presente sul coperchio (non toglierla completamente), inserire la provetta senza togliere il tappo, esercitare e mantenere una moderata pressione sulla provetta ed attendere il completo riempimento (cessazione del flusso). Togliere la provetta e riposizionare accuratamente l'etichetta adesiva al coperchio. NB: per i bambini riempire almeno la metà della provetta.

Nel caso siano richiesti contemporaneamente vari esami sulle urine del mattino aspirare prima il campione per il chimico-fisico (provetta con tappo bianco da 10 ml) e poi quello o quelli per gli ulteriori esami (tappo giallo per urinocoltura, altra provetta con tappo bianco per test di gravidanza, tappo marrone per analisi di chimica: sodio, potassio, calcio, proteine, creatinina, albumina, amilasi, beta 2 microglobulina urine, altra provetta tappo marrone per Bence Jones, immunofissazione urine, elettroforesi proteine urine).

Scrivere su ogni provetta il proprio nome, cognome e data di nascita.

Eliminare il barattolo per la raccolta diretta (che non deve essere consegnato al Centro Prelievi)

NB: Per tutti i casi in cui la raccolta delle urine non segue vie fisiologiche (catetere, stomia, sacchettino), il campione di urina andrà comunque trasferito nel barattolo con successivo utilizzo delle provette come sopra indicato.

Punti prelievi: elenco sedi

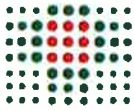
Attenzione!

Dal 18 Maggio 2020 **non è più possibile l'accesso diretto** a tutti i Punti prelievi dell'Azienda USL di Modena.

Tutti gli esami di laboratorio, anche quelli urgenti o che prevedono la consegna di contenitori con campioni biologici, devono essere prenotati. Con una sola eccezione: continueranno ad essere effettuati in accesso diretto i prelievi per terapie anticoagulanti orali (TAO).

Come prenotare:

- **numero verde 800 239123** (dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 18, il sabato dalle 8 alle 13)
- **numero verde 800 254527** (da lunedì a venerdì, dalle 8 alle 16)
- online sul portale Cupweb (www.cupweb.it) o tramite il proprio FSE (Fascicolo sanitario elettronico)
- in farmacia presso i Corner Salute di numerosi punti vendita Coop di Modena e provincia



ACCERTAMENTO IDONEITA' SPECIFICA ALLO SPORT

Dichiarazione dell'atleta se maggiorenne o dei genitori per i minori di anni 18

Cognome e Nome nato/a a il

MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA

Indicare nella casella i casi familiari (genitori – nonni – fratelli e sorelle) che sono stati affetti dalle seguenti malattie:

Malattie di cuore	si	no	Iperensione	si	no	Diabete	si	no	TBC	si	no
Tumori	si	no	Paralisi	si	no	Obesità	si	no	Sifilide	si	no
Asma e malattie allergiche	si	no	Morti improvvise	si	no					si	no

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Barrare le caselle riguardanti le malattie sofferte:

Morbillo	si	no	Epatite virale	si	no	Palpitazioni	si	no
Varicella	si	no	Otite	si	no	Malattie intestino	si	no
Rosolia	si	no	Sinusite	si	no	Asma	si	no
Parotite(orecchioni)	si	no	Bronchiti	si	no	Eczema (malattie pelle)	si	no
Pertosse (tosse canina)	si	no	Polmonite	si	no	Allergia	si	no
Scarlattina	si	no	Tonsillite	si	no	Svenimento - Vertigini	si	no
Lussazione anca	si	no	Pleurite	si	no	Epilessia	si	no
Scoliosi	si	no	Febbre reumatica	si	no	Diabete	si	no
Dorso curvo	si	no	Anemia	si	no	Enuresi (pipì a letto)	si	no
Piede piatto	si	no	Malattie di cuore	si	no	Trauma cranico	si	no
Scapole alate	si	no	Malattie di reni	si	no	Traumi sportivi	si	no
TBC	si	no	Traumi sportivi (distorsioni, strappi, contusioni ecc.)	si	no			

RICOVERI PER INTERVENTO DI:

Tonsille si no Adenoidi si no Ernia si no Appendicite si no Altro si no
Anni Anni Anni Anni Anni

Notizie particolari (tipo, decorso, cure, esiti) sulle malattie sopraindicate:

E' guarito completamente ? si no disturbi rimasti:

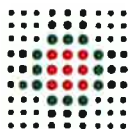
Sta facendo cure ? si no quali o per quale motivo:

Usa occhiali o lenti corneali	si	no	Per miopia	si	no	Ipermetropia	si	no
E' stato in cura con busti correttivi	si	no	Astigmatismo	si	no	Strabismo	si	no
Ginnastica correttiva	si	no	Rialzo piede	si	no	Fuma	si	no
Esposto a fumo passivo (casa, lavoro, ecc.)	si	no						

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere. Dichiaro inoltre di avere informato il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive di legge. Mi impegno inoltre a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti di tabacco e all'uso di alcool. Esprimo inoltre, ai sensi della Legge sulla privacy n° 675/96, il consenso a trattare i miei dati personali e sensibili, per le finalità connesse alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica, secondo le modalità di cui alla specifica normativa in materia.

il

Firma del dichiarante, o di un genitore, se minore



Visita medico-sportiva a minore: delega

Io sottoscritto/a

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

Stato di nascita | codice fiscale

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

genitore (con la potestà legale) tutore *barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

del minore (nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

DELEGO

scrivere le informazioni richieste

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

Stato di nascita | codice fiscale

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

ad accompagnare il minore alla visita medico-sportiva il giorno (specificare)

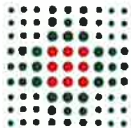
ALLEGO

- la fotocopia di un mio documento di identità in corso di validità

SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data | firma (per esteso e leggibile)



TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo www.ausl.mo.it/informativaprivacy

SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA USL	
Tipo e numero del documento di identità del delegato	
data	firma e timbro (L'operatore)

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna	QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER ATLETI MINORENNI	Data 02-05-2018
		MR PD 36_02
Dipartimento di Sanità Pubblica		Rev. n. 00

Questionario anamnestico per atleti minorenni da compilare e firmare da parte di un genitore o di un suo legale rappresentante

Cognome _____ Nome _____ nato il _____

a _____ residente a _____

via _____ tel. _____

Società sportiva _____ sport praticato _____

- C'è qualche membro della sua famiglia (genitori, fratelli, nonni, zii, cugini) che è affetto da:
Diabete – Ipertensione – Ipercolesterolemia – Malattie cardiovascolari o altre malattie importanti?

SI NO

Quali? _____

- C'è qualche membro della sua famiglia che è deceduto prima dei 50 anni, oppure improvvisamente?
(se sì, specificare la causa e il grado di parentela)

SI NO

- E' nato da parto normale, a termine dei 9 mesi?
(se no, specificare) _____

SI NO

- Fuma? (se sì, quante sigarette _____)

SI NO

- Beve caffè? (se sì, quanti _____)

SI NO

- Beve alcolici? (se sì, abitualmente o saltuariamente)

SI NO

- E' mai stato ricoverato in ospedale?
(se sì, per quale motivo _____)

SI NO

- Ha mai subito interventi chirurgici?
(se sì, quali _____)

SI NO

- Le hanno mai trovato soffi al cuore o altre anomalie cardiache?
(se sì, quali? _____)

SI NO

- Ha mai sofferto di vertigini, palpitazioni, svenimenti, dolori al torace?
(se sì, specificare quali e la causa _____)

SI NO

- Ha sofferto di frequenti tonsilliti?

SI NO

- Ha sofferto di frequenti otiti?

SI NO

- E' allergico a qualche sostanza?
(se sì, a quali sostanze _____)

SI NO

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna	QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER ATLETI MINORENNI	Data 02-05-2018 MR PD 36_02 Rev. n. 00
Dipartimento di Sanità Pubblica		

- Ha mai sofferto d'asma? SI NO

- Ha mai sofferto di malattie del sistema nervoso (convulsioni,epilessia, depressione, ansia)?
Specificare quali _____ SI NO

- Ha mai riportato gravi infortuni dell'apparato muscolo-scheletrico?
Es. fratture, rotture, legamenti, lussazioni, ecc.
(se sì, quali _____) SI NO

- Negli ultimi mesi ha avuto qualche malattia?
(se sì, quale? _____) SI NO

- Le hanno mai trovato negli esami del sangue il colesterolo, la glicemia o altri valori alterati?
(se sì, quali? _____) SI NO

- Ha mai avuto disturbi durante l'attività fisica?
(se sì, quali? _____) SI NO

Il sottoscritto dichiara di avere informato esattamente il medico, delle sue attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti, di non far uso di droghe o sostanze illegali e di essere informato sui pericoli del fumo e dell'alcool.

Data _____

(firma del dichiarante)*

*specificare il grado di parentela con il minore _____